



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-497 - NECROSIS GRASA SIMULANDO UNA ROTURA PROTÉSICA MAMARIA, UN CASO INUSUAL

Díaz Pérez, David; Barriga Sánchez, Raquel; Villalobos Becares, Consuelo; García Briz, Hortensia; Gallardo Herrera, Ana Belén; Camps Herrero, Julia; Galindo Jara, Pablo; Rabadán Ruiz, Lorenzo

Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** El cáncer de mama (CM) es uno de los más frecuentes en nuestro medio, constituyendo la principal neoplasia femenina. Actualmente la cirugía oncológica (COP) se erige de elección al fusionar las reglas oncológicas con el respeto de la apariencia mamaria. El uso de prótesis es crucial, seguras y aceptadas, pero no está exento de posibles complicaciones. Se presenta el caso de una necrosis grasa (NG) que simulaba una rotura protésica (RP). Revisión de caso clínico y de la literatura.

**Caso clínico:** Mujer de 66 años, HTA, DL y exfumadora, sometida en 2015 a mastectomía derecha por carcinoma intraductal con reconstrucción inmediata (expansor retropectoral y recambio por prótesis posterior). En 2017 se propone simetrización contralateral mediante mamoplastia/pexia reductora y prótesis retroglandular izquierda, por deseo expreso de ella. La AP fue normal; la EF y ecografía posoperatorias también. El seguimiento de 2018 evidenció aumento de densidad al tacto en MI, y una ecografía informó pliegues capsulares, deformidad protésica izquierda y seroma periprotésico sin descartar RP intracapsular. Se añadió RM con contraste que encontró signos de RP extracapsular, residuos de silicona y líquido periprotésico. Ante esto, se programó cirugía para sustitución protésica, que halló bolsillo con salida de material lechoso-denso, sin signos de infección, envolviendo al implante y sugiriente de NG. Macroscópicamente la prótesis no tenía deformidades, pliegues patológicos ni signos de rotura, únicamente había cambiado su coloración a blancuzca-perlina. El líquido analizado tuvo cultivo negativo, sin siliconomas y compatible con liponecrosis y fibrosis. El resultado funcional-estético-subjetivo es satisfactorio en 2020.

**Discusión:** El CM se da en torno a 33,000 pacientes/año en España, con un alto impacto poblacional. Aproximadamente 2/3 reciben cirugía conservadora y del resto, en unidades especializadas, el 70% COP que utiliza implantes de gel de silicona, cuyas posibles complicaciones engloban a la RP. Su principal FR es la edad del implante (reciente en el caso) y la más frecuente es intracapsular aunque esta sospecha por RM (prueba más sensible/específica) era de extracapsular. Requiere recambio y capsulectomía para evitar inflamaciones secundarias o incluso linfoma anaplásico. La NG son adipocitos no viables por lesión/isquemia y sucede en 1-9% de mamoplastias reductoras. La edad > 50a, fumar y mamas péndulas son FR. Suele darse en cirugía reciente, aunque en nuestro caso tuvo manifestación tardía. La sospecha es clínica o radiológica, pero la certeza histológica es por PAAF/biopsia. Los ácidos grasos no encapsulados pueden formar granulomas o fibrosis, aplicando mayor confusión prequirúrgica. Se revisó la literatura sobre la posición retroglandular sin evidencia de mayor tasa de complicaciones respecto a retropectoral, descartando su influencia en nuestro caso. Se concluye que la NG puede simular usualmente otros procesos como

neoplasias, pero hay muy escasa literatura aparentando una RP; sigue siendo un reto diagnóstico y de correlación posquirúrgica que obliga a cuidar el seguimiento y la sospecha de complicaciones. Posiblemente la cirugía era inevitable en esta paciente pero, junto con el seguimiento, es vital mantener el desarrollo métodos diagnósticos que ayuden en la selección de pacientes que se benefician de la mejor alternativa.